

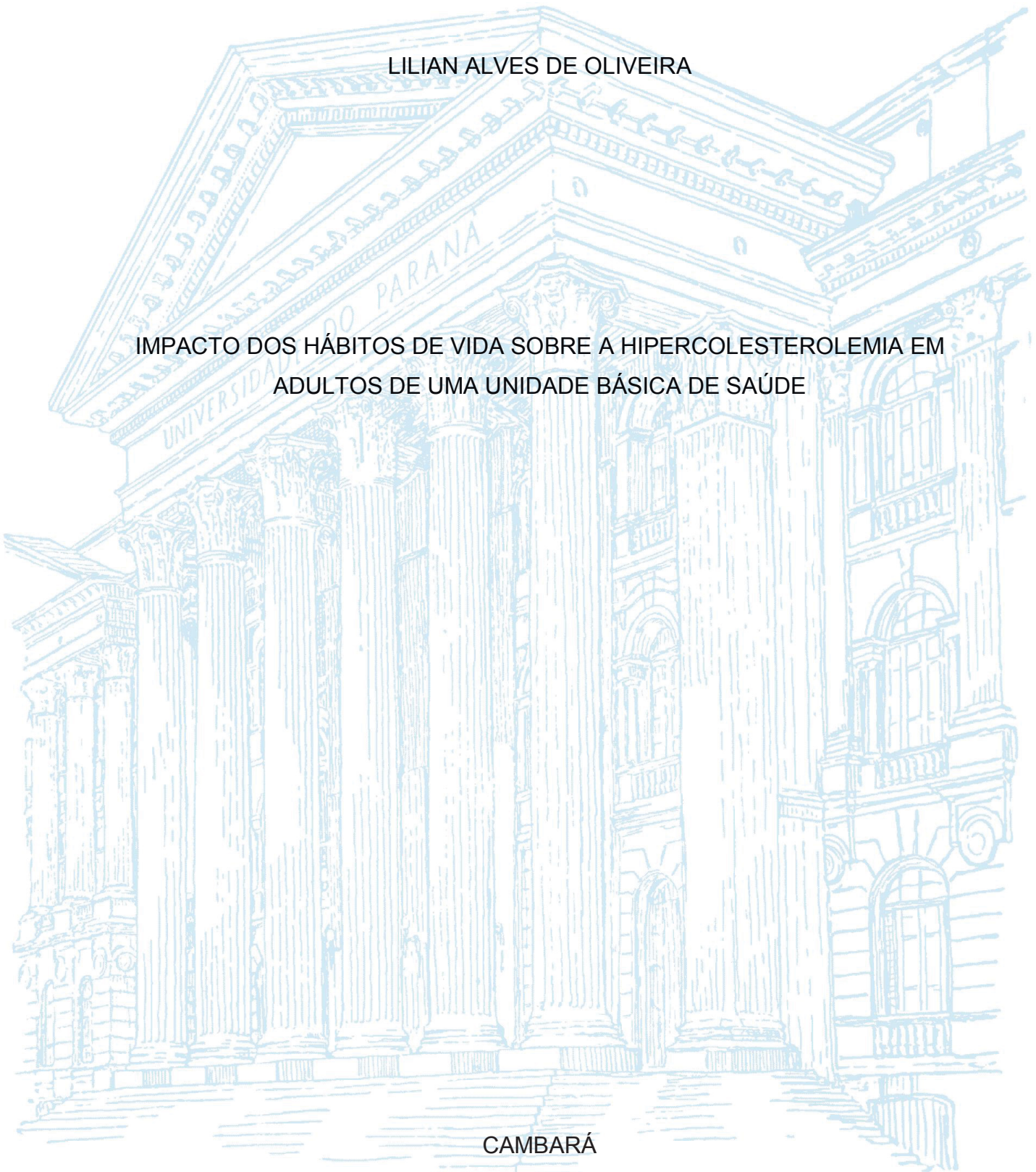
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LILIAN ALVES DE OLIVEIRA

IMPACTO DOS HÁBITOS DE VIDA SOBRE A HIPERCOLESTEROLEMIA EM
ADULTOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

CAMBARÁ

2019



LILIAN ALVES DE OLIVEIRA

IMPACTO DOS HÁBITOS DE VIDA SOBRE A HIPERCOLESTEROLEMIA EM
ADULTOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof. Me. Samantha Reikdal Oliniski

CAMBARÁ

2019

Dedico a realização deste trabalho a Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Vila Rubim/Estação e aos pacientes, que tornaram possível sua realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa Mais Médicos para o Brasil pela oportunidade e pelo financiamento do curso, assim como a Dra. Samantha Reikdal Oliniski (orientadora) por todo o apoio e dedicação prestados para a realização do trabalho. Ao meu marido Robson, pelo amor, apoio e por confiar na minha capacidade sempre. Agradeço também aos meus pais, por terem me incentivado a nunca parar de estudar.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

A UBS da Vila Rubim/Estação encontra-se na periferia do município de Cambará-PR. Existe um aumento importante da prevalência de hipercolesterolemia entre os usuários da unidade. A hipercolesterolemia se caracteriza pela presença de taxas elevadas de colesterol no sangue, o que afeta um quinto da população brasileira, especialmente as pessoas com mais de 45 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia. A incidência e prevalência desta condição vêm aumentando a cada ano, em todas as faixas etárias da população, o que representa um problema de saúde pública. Este estudo trata-se de um plano de intervenção e faz parte da conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O objetivo geral do estudo foi diminuir a prevalência de hipercolesterolemia com um plano terapêutico não medicamentoso, baseado na prática de atividade física e mudança dos hábitos alimentares. A pesquisa-ação foi o método utilizado neste plano. Para a sua realização foram selecionadas 25 pessoas, de ambos os sexos, entre 18 e 70 anos, com o diagnóstico de hipercolesterolemia (LDL maior ou igual a 160 mg/dL) nos últimos 6 meses, sem o uso de medicação antilipêmica e que não apresentassem doenças ou condições que incapacitassem a prática de atividade física. Inicialmente foi ministrada uma palestra sobre dislipidemias e, neste momento, foram selecionados os participantes, aleatoriamente, que preencheram todos os pré-requisitos para a participação no estudo. Os pacientes então passaram por uma consulta médica, receberam atenção individualizada e relacionada ao tema, além de ser solicitado um lipidograma completo. Ainda nesta consulta, os pacientes receberam orientações nutricionais juntamente com uma cartilha com orientações dietéticas e foram estimulados a realizar atividade física regular (150 minutos de caminhada semanalmente). Posteriormente, esses pacientes passaram novamente por consulta médica e responderam a um questionário com questões objetivas, além de terem realizado um novo lipidograma para fins comparativos. Os resultados foram analisados, expressados, comparados com a literatura disponível e disponibilizados através da plataforma REA-UFPR. Verificou-se uma forte predominância de hipercolesterolemia no sexo feminino e observou-se um predomínio do agravo em pessoas com menor escolaridade e com baixa renda. A maioria (72%) afirmou ter seguido as orientações nutricionais, mas apenas 24% das pessoas cumpriu o plano de atividade física proposto. Além disso, 64% das pessoas se mostraram satisfeitas com os resultados gerados pelas mudanças no estilo de vida e 68% relataram ter observado algum tipo de melhora em sua saúde. Não houve uma queda expressiva dos níveis séricos de LDL-c dos pacientes. Conclui-se que existe uma tendência atual de assumir a terapia medicamentosa como única ou principal forma terapêutica, demonstrando desconhecimento ou negligência em relação ao tratamento. Contudo a maioria dos pacientes percebeu os impactos positivos após as mudanças no estilo de vida, o que evidencia a importância da promoção da educação em saúde em relação ao tema e a realização de estudos com maior número de pessoas e longitudinalidade.

Palavras-chave: Hipercolesterolemia. Dieta. Exercício físico. Fatores de risco. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

The UBS of Vila Rubim / Estação is located on the outskirts of the city of Cambará-PR. There is a significant increase in the prevalence of hypercholesterolemia among users of the unit. Hypercholesterolemia is characterized by the presence of high blood cholesterol levels, which affects one-fifth of the Brazilian population, especially those over 45 years old, according to the Brazilian Society of Cardiology. The incidence and prevalence of this condition is increasing every year in all age groups of the population, which represents a public health problem. This study is an intervention plan and is part of the conclusion of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, funded by UNA-SUS. The general objective of the study was to reduce the prevalence of hypercholesterolemia with a non-medicated therapeutic plan, based on the practice of physical activity and changes in eating habits. Action research was the method used in this plan. For its accomplishment, 25 people, of both sexes, between 18 and 70 years old, with the diagnosis of hypercholesterolemia (LDL greater than or equal to 160 mg / dL) in the last 6 months, without the use of anti-lipemic medication, were not selected presented diseases or conditions that would disqualify the practice of physical activity. Initially a lecture on dyslipidemias was given and, at this time, randomly selected participants who completed all the prerequisites for participation in the study were selected. The patients then underwent a medical consultation and received individualized attention and related to the subject, in addition to being asked for a complete lipidogram. Still in this consultation, the patients received nutritional guidelines along with a booklet with dietary guidelines and were encouraged to perform regular physical activity (150 minutes of walking weekly). Subsequently, these patients went through a medical visit again and answered a questionnaire with objective questions, in addition to performing a new lipidogram for comparative purposes. The results were analyzed, expressed, compared to the available literature and made available through the REA-UFPR platform. There was a strong predominance of hypercholesterolemia in the female sex and a predominance of the disease was observed in people with lower education and low income. The majority (72%) claimed to have followed nutritional guidelines but only 24% of the people complied with the proposed physical activity plan. In addition, 64% of people were satisfied with the results of lifestyle changes and 68% reported having seen some improvement in their health. There was no significant drop in serum LDL-C levels in the patients. It is concluded that there is a current tendency to take medication therapy as the only or main therapeutic form, demonstrating ignorance or negligence regarding treatment. However, the majority of the patients perceived the positive impacts after the changes in lifestyle, which shows the importance of promoting health education in relation to the theme and the accomplishment of studies with more people and longitudinality.

Keywords: Hypercholesterolemia. Diet. Physical exercise. Risk factors. Cardiovascular diseases.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – ETAPAS DA PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	18
TABELA 2 – DETALHAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AMOBIM	- Associação de Moradores da Vila Rubim
AVC	- Acidente vascular cerebral
CT	- Colesterol Total
DAC	- Doença arterial coronariana
DCNT	- Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	- Doença Cardiovascular
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	- High density lipoproteins
IAM	- Infarto agudo do miocárdio
LDL	- Low density lipoproteins
OMS	- Organização Mundial de Saúde
REA	- Recurso Educacional Aberto
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC	- Sociedade Brasileira de Cardiologia
TG	- Triglicérides
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UNA-SUS	- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
US	- Unidade de Saúde
VLDL	- Very low density lipoprotein

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo geral	15
1.2.2 Objetivos específicos.....	15
2 METODOLOGIA	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO - IMPACTO DOS HÁBITOS DE VIDA SOBRE A HIPERCOLESTEROLEMIA	39
APÊNDICE 2 – ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA REDUÇÃO DO COLESTEROL.....	40
APÊNDICE 3 – RECEITAS DE ALIMENTOS PREPARADOS COM BAIXO TEOR DE GORDURA.....	42

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Cambará é uma cidade interiorana e se localiza no Norte Pioneiro do estado do Paraná. A Unidade de Saúde Vila Rubim/Estação, encontra-se em um bairro de periferia e abrange moradores da área urbana e rural. A área de abrangência tem 7 microáreas, e atende aproximadamente 2.300 pessoas, sendo que a maioria reside na zona urbana (90%), e a minoria na área rural (10%). A distribuição da população por sexo é de 963 homens e 1.074 mulheres.

Quanto ao contexto e perfil social, essa é uma área em que a população possui baixa renda, sendo pouco desenvolvida, tanto estrutural, quanto social, cultural e economicamente. Quanto ao desenvolvimento e higiene ambientais há precariedade, mas há saneamento básico em cerca de 90% das habitações. Há um alto índice de desemprego, baixa escolaridade e também um alto índice de dependentes químicos. Alguns moradores encontram-se em regime fechado ou semiaberto do sistema prisional, o que propicia a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e infecciosas.

As principais atividades econômicas da cidade são: a prestação de serviços, em áreas administrativas de saúde e outras; a agricultura, especialmente o cultivo de hortaliças; a metalurgia; indústrias alimentícias; cultivo de cana e comércio local. Contudo, observa-se baixa oferta de emprego e pouca mão de obra qualificada, o que muitas vezes dificulta o crescimento e desenvolvimento locais.

Quanto ao setor de educação, na área de abrangência, há uma escola estadual que abrange ensino médio e fundamental, uma escola particular de ensino médio e duas creches. Não há escolas com cursos técnicos ou profissionalizantes na comunidade e na cidade, o que dificulta o desenvolvimento local e aumenta a situação de vulnerabilidade dos moradores.

Na questão da saúde, os moradores possuem fácil acesso ao sistema de saúde no que diz respeito a consultas, acesso a medicação e a informação. A Unidade de Saúde Vila Rubim/Estação não tem equipe de profissionais de saúde completa, pois há falta de duas agentes comunitárias, mas, de maneira geral é bem estruturada. Quanto às deficiências, observa-se pouco acesso a

profissionais especialistas. O hospital não possui Unidade de Terapia Intensiva, os leitos para internação hospitalar são insuficientes e há falta de equipamentos de média e alta complexidade.

A rede de atenção à saúde do município é composta por uma unidade de pronto atendimento e um hospital. O município conta também com a Santa Casa de Misericórdia, que atende alguns convênios médicos, mas não conta com especialistas, apenas um cirurgião geral. Há também duas ambulâncias, uma municipal e outra do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), para o transporte dos pacientes no âmbito municipal e, quando necessário, também para cidades vizinhas.

Na comunidade existe a Associação de Moradores da Vila Rubim (AMOBIM) que está ativa atualmente. Nesta se discutem temas relacionados à educação, saúde e infraestrutura local, buscando soluções e formas de como melhorar a situação da comunidade.

No diagnóstico social da realidade, o município tem um grande potencial para investir em lazer e trabalho para a população, o que contribuiria para a diminuição nos índices de depressão, dependência química e suicídio. É importante investir também em orientação a adolescentes e adultos jovens sobre métodos contraceptivos, planejamento familiar e abuso de drogas e álcool.

A demanda por serviço de saúde é grande, entretanto, muitas vezes o serviço de saúde é utilizado para a resolução de problemas mais amplos e relacionados às questões sociais, educacionais, de emprego e econômicos. Há grande procura também por parte de pacientes que são portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial, hipercolesterolemia e suas complicações, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica.

As queixas mais comuns que levam a população procurar a unidade de saúde são: infecções de via aérea superior, cistite, pirose, hipertensão arterial, doenças osteomusculares, complicações do diabetes, insônia, depressão e ansiedade. Em relação as doenças e os agravos mais comuns são hipertensão e diabetes com suas complicações, principalmente renais e cardiovasculares, também a DPOC e suas consequências.

Dentre os agravos mencionados, o aumento da prevalência de hipercolesterolemia ganha destaque. É notório o alto número de pacientes com este diagnóstico, com ou sem tratamento. As dislipidemias são alterações

metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos das lipoproteínas (KANNEL, 1967). A incidência e prevalência desta condição vêm aumentando a cada ano, em todas as faixas etárias da população. Embora tenha funções orgânicas essenciais, como a produção de hormônios, o colesterol, quando em excesso, representa um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas um grande problema de saúde pública, por serem a principal causa de morte em todo o mundo, em especial nas populações dos grandes centros urbanos (IGLESIAS *et al.*, 2010). Dentre estas se destacam a doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca, angina, infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças valvares, arritmias, doenças hipertensivas, dentre outras.

Vários são os fatores de risco associados ao desenvolvimento de DCV, os quais podem ser modificáveis e não modificáveis. Os fatores de riscos modificáveis incluem hiperlipidemia, tabagismo, etilismo, hiperglicemia, obesidade, sedentarismo, má alimentação e uso de contraceptivos; e os não modificáveis incluem história familiar de DCV, idade, sexo e raça (SMELTZER e BARE, 2009).

É possível reduzir os fatores de risco de doença cardiovascular, dentre eles a hipercolesterolemia, através de um plano de intervenção, estimulando atividade física regular e mudanças nos hábitos alimentares, com consequente diminuição da ocorrência dessa condição e suas complicações.

Desta forma, este plano tem relevância, por buscar reduzir um dos principais fatores de risco cardiovasculares, melhorando a saúde da população e prevenindo a morbimortalidade a ela relacionada. Além disso, o plano de intervenção poderia contribuir positivamente na rotina da ESF, reduzindo a quantidade de atendimentos aos hipercolesterolêmicos, que representam boa parte da população, ou seja, pode haver diminuição nas consultas, exames e tempo atribuído às ações destinadas a este subgrupo.

1.1 JUSTIFICATIVA

O plano de intervenção se faz relevante, pois possibilita enfocar a prevenção e a modificação de hábitos, e com isso controlar os níveis de colesterol e consequentemente diminuir suas complicações, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. É relevante também porque o próprio paciente pode se responsabilizar sobre a sua saúde, sendo protagonista do seu tratamento.

O plano também se faz oportuno, pois há alta prevalência de indivíduos com hipercolesterolemia na comunidade em questão. Além disso, a equipe reconhece o impacto deste agravo sobre a saúde das pessoas e sobre a rotina da Unidade. É notável também a preocupação da maioria dos pacientes com os níveis séricos de colesterol e suas possíveis complicações, ainda que muitos não sigam as orientações que recebem.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral do trabalho é elaborar um plano de intervenção para diminuir a prevalência de hipercolesterolemia nos usuários da Unidade Básica de Saúde Vila Rubim-Estação, através de um plano terapêutico não medicamentoso e baseado na prática de atividade física e mudança dos hábitos alimentares.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são:

- sensibilizar a população quanto a importância de se combater a hipercolesterolemia;
- incentivar mudanças de hábitos alimentares;
- incentivar a prática de atividade física regular;
- reduzir os níveis de colesterol destes pacientes.

2 METODOLOGIA

O trabalho consiste em um estudo do tipo pesquisa-ação. Segundo Thiollent (2005), pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. Desta forma, este projeto pretendeu sensibilizar os participantes, tendo como objetivo a transformação da realidade. Segundo o mesmo autor, a pesquisa é composta pelas seguintes etapas:

a) Fase exploratória: consiste na identificação inicial dos problemas e das pessoas interessadas em participar da pesquisa. Nesta fase há o esclarecimento dos objetos da pesquisa, conhecimento das expectativas dos participantes, e discussão sobre a metodologia e à divisão de tarefas;

b) Tema da pesquisa: é a designação do problema prático a ser investigado e da área de conhecimento na qual essa problemática se insere. Ainda nesta etapa procede-se ao levantamento de indicações bibliográficas que irão compor o marco teórico orientador da pesquisa;

c) Colocação de problemas: nesta fase ocorre a definição de uma problemática na qual o tema escolhido adquira sentido (transformação do tema em forma de problema). Dizendo de outro modo, trata-se de levantar ou colocar os problemas em que se pretende intervir;

d) Lugar da teoria: a pesquisa-ação e o plano de intervenção não prescindem da teoria. Pelo contrário, a delimitação do marco teórico é fundamental, pois é ele que dará suporte para interpretar situações, construir hipóteses ou diretrizes orientadoras da pesquisa.

Para realização deste trabalho foram selecionadas 25 pessoas da área de abrangência US Vila Rubim/Estação, de ambos os sexos, entre 18 e 70 anos, com o diagnóstico de hipercolesterolemia (LDL maior ou igual a 160 mg/dL) nos últimos 6 meses, que não usavam medicação antilipêmica no momento do estudo, que não apresentavam doenças ou condições que incapacitassem a prática de atividade física e que aceitassem participar do estudo voluntariamente após receberem

informações sobre o plano de intervenção. Foram excluídos os pacientes com idade diferente da faixa etária proposta, sem diagnóstico de hipercolesterolemia, ou com diagnóstico de hipercolesterolemia, mas que, no momento do estudo, estavam fazendo uso de medicação antilipêmica, com doença ou condição que impediam a prática de atividade ou que não aceitassem participar do estudo espontaneamente.

Inicialmente foi ministrada uma palestra a respeito do assunto em questão (dislipidemias) e, no momento, foram selecionadas 25 pessoas aleatoriamente que preencheram todos os pré-requisitos para a participação no estudo. Caso não fosse alcançado o número estipulado para a amostragem, seria realizado um levantamento nos prontuários da Unidade, a fim de se atingir o número necessário. Neste caso, os possíveis candidatos à participação seriam abordados por algum membro da equipe para averiguar o interesse na participação do estudo.

Após terem sido selecionados, os participantes passaram por uma consulta médica na UBS, onde receberam atenção individualizada e relacionada ao tema. Nesta foi solicitado um lipidograma completo, bem como os pacientes receberam orientações nutricionais, uma cartilha com orientações dietéticas e foram estimulados a realizar atividade física regularmente (150 minutos de caminhada semanalmente). A cartilha utilizada neste estudo (apêndice 2), foi elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São José dos Campos (Programa Municipal de Nutrição), no entanto, o autor realizou algumas modificações que achou pertinente e que se ajustavam melhor ao objetivo deste trabalho.

Em uma etapa posterior receberam orientações e apoio dos profissionais da equipe para aprender a alcançar mudanças reais no estilo de vida, com posterior averiguação da adesão as atividades propostas.

Foi realizada na UBS um dia de atividades práticas alimentares, onde os participantes do estudo e seus familiares receberam orientações de como preparar alimentos de uma forma mais saudável e com adição moderada de gorduras, principalmente as saturadas. Este encontro serviu também para que os participantes trocassem informações e experiências relacionadas ao tema.

Posteriormente, esses pacientes passaram novamente por consulta na UBS e responderam um questionário formulado e aplicado pelo pesquisador, além da realização de um novo lipidograma para fins comparativos. Finalizada esta etapa, as informações obtidas no questionário forneceram os seguintes dados:

- perfil sociocultural dos participantes;

- cumprimento das orientações nutricionais;
- grau de satisfação com a realização das intervenções propostas;
- observação de algum tipo de melhora em sua saúde.

Após a obtenção do resultado do lipidograma de controle e da resposta dos questionários, os dados foram analisados, expressados e comparados com a literatura disponível.

Esperava-se uma redução na prevalência da hipercolesterolemia na comunidade, revelar o perfil sociocultural deste grupo, avaliar o cumprimento das orientações que compõem o tratamento não medicamentoso da doença, avaliar o grau de satisfação dos indivíduos após as mudanças no estilo de vida propostas e observar possíveis melhorias na saúde atribuídas a este plano de intervenção.

Os resultados serão disponibilizados através da plataforma REA-UFPR. As tabelas a seguir apresentam as etapas e o detalhamento do projeto de intervenção.

TABELA 1 – ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO – 2019

(continua)

Etapas da Pesquisa-Ação	Dados da pesquisa
Exploratória	Observou-se uma alta prevalência de portadores de hipercolesterolemia na área de atuação. A hipercolesterolemia é uma condição que se caracteriza pela presença de taxas elevadas de colesterol no sangue, o que afeta um quinto da população brasileira, especialmente as pessoas com mais de 45 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Esta condição representa um fator de risco importante para as doenças cardiovasculares, que atualmente são a principal causa de morte mundial.
Tema da pesquisa	Aumento da prevalência da hipercolesterolemia na comunidade

Colocação do problema	<p>Destaca-se a alta prevalência de pessoas portadoras de hipercolesterolemia na comunidade. A incidência e prevalência desta condição vêm aumentando a cada ano, em todas as faixas etárias da população, o que representa um problema de saúde pública. Embora tenha funções orgânicas essenciais como a produção de hormônios, o colesterol, quando em excesso, representa um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.</p> <p>A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morbimortalidade mundial, dentre elas a doença cardíaca isquêmica, os acidentes vasculares cerebrais e outras doenças cerebrovasculares. A interação entre fatores de risco das doenças cardiovasculares, sendo eles os não modificáveis (idade, sexo e histórico familiar) e os modificáveis (quantidade de gordura corporal, perfil lipídico proteico plasmático, níveis de pressão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo), potencializam o risco de desenvolvimento dessas doenças.</p> <p>É possível reduzir os fatores de risco de doença cardiovascular, dentre eles a hipercolesterolemia, através de um plano de intervenção, estimulando atividade física regular e mudanças nos hábitos alimentares, com consequente diminuição da ocorrência dessa condição e suas complicações. Desta forma este plano se faz muito importante para combater um dos principais fatores de risco cardiovasculares, melhorando a saúde da população e prevenindo a morbimortalidade relacionada ao tema.</p>
Lugar da teoria	<p>O trabalho foi realizado na área de atuação, com recursos fornecidos pela gestão local. Os dados obtidos foram correlacionados com os dados obtidos na literatura encontrada sobre o tema no Portal Saúde Baseada em Evidências, Lilacs e Scielo.</p>
Hipótese	<p>As mudanças de hábitos de vida, incluindo dieta e atividade física, propiciam o controle da hipercolesterolemia. Conhecer o perfil sociocultural, assegurar o cumprimento das orientações realizadas e demonstrar os benefícios na saúde dos indivíduos, são os pilares deste processo.</p>

Elaboração da Proposta:	Após sugerido o plano de intervenção à equipe da ESF, esta se mostrou receptiva e colaborativa para sua realização. Todos os membros estavam de acordo que este é um tema que exerce forte impacto na rotina da equipe e na vida dos pacientes. A equipe também reconheceu a hipercolesterolemia como uma das patologias mais prevalentes na comunidade e sua relação com as doenças cardiovasculares. Foi organizado um cronograma para a realização das ações, palestra relacionada ao tema, apresentação por escrito do estudo, seleção das pessoas, consulta médica na UBS, realização de lipidograma inicial, nova consulta médica na UBS, aplicação do questionário e realização de lipidograma de controle.
Seminário/ Campo de observação, coleta de dados, aprendizagem, saber, plano de ação, divulgação.	

FONTE: Alves de Oliveira, L. (jul. 2019)

TABELA 2 – DETALHAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO – 2019

(continua)

Alta prevalência de hipercolesterolemia na comunidade				
Data	Objetivos	Estratégia	Duração / Participantes	Recursos utilizados (Flyer, vídeo, textos,etc)
24/04/2019	Informar a comunidade sobre a alta prevalência de hipercolesterolemia na comunidade e suas consequências	Palestra sobre dislipidemias	Duração: 60 minutos Participantes ao menos 50 pessoas	Apresentação em Power Point
24/04/2019	Selecionar as pessoas do estudo	Questionamento sobre o interesse na participação do estudo, explicação dos detalhes e características da pesquisa	Duração: 60 minutos Participantes: 25 pessoas	Entrevista realizada pelos membros da ESF e apresentação por escrito das características da pesquisa
29/04/2019 a 01/05/2019	Realizar consulta individual, orientações dietéticas e apresentação do plano de atividade física	Consulta na UBS com o médico da Atenção Básica, solicitação de lipidograma	Duração: 30 minutos Participantes: 25 pessoas	Prontuário eletrônico, laboratório municipal

02/05/2019 a 03/05/2019	Orientar os participantes sobre como alcançar mudanças no estilo de vida e esclarecimento de dúvidas pela equipe	Realização de encontro na UBS	Duração: 2 horas Participantes: 25 pessoas	Consulta médica e cartilha impressa
04/05/2019 a 05/05/2019	Demonstrar como preparar alimentos com quantidade reduzida de gorduras e propiciar troca de experiências com familiares na UBS	Realização de encontro na UBS	Duração: 2 horas Participantes: 25 pessoas	Alimentos, utensílios e material impresso disponibilizados pela prefeitura
06/05/2019 a 06/06/2019	Reduzir os níveis de colesterol (colesterol LDL) e benefícios associados	Realização individualizada das atividades propostas (dieta e atividade)	Tempo de intervenção do plano: 30 dias Participantes: 25 pessoas	--
07/06/2019	Avaliar os resultados e os impactos proporcionados pela intervenção	Consulta na UBS com o médico da Atenção Básica, solicitação de lipidograma de controle	Duração: 15 minutos Participantes: 25 pessoas	Consulta médica e questionário desenvolvido pelo pesquisador
08/06/2019 a 16/06/2019	Comparar os resultados com as informações encontradas na literatura	Avaliação dos questionários e lipidogramas, discussão e conclusão do trabalho	10 dias	Questionários aplicados e respondidos, resultados dos lipidogramas e páginas eletrônicas
17/06/2019 a 23/06/2019	Finalizar a pesquisa	Elaboração do resumo e das referências bibliográficas	7 dias	Páginas eletrônicas
14/07/2019 a 28/07/2019	Elaborar a apresentação	Finalização do trabalho e confecção do banner	14 dias	Trabalho impresso e power point
10/08/2019	Apresentar e divulgar o trabalho	Apresentação do trabalho	10 minutos	Power point

FONTE: Alves de Oliveira, L. (jul. 2019)

3 REVISÃO DE LITERATURA

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no mundo e têm aumentado sua incidência, provavelmente em decorrência do envelhecimento populacional. Globalmente, nos últimos anos, vêm sendo responsáveis por um terço de todas as causas de morte e por cerca de 10% e 18% de perda de anos de vida ajustados para a idade em países em desenvolvimento e desenvolvidos, respectivamente (SOUZA *et al*, 2003).

No Brasil, as DCV também são a principal causa de morte (SCHMIDT *et al*, 2011). Até o ano 2000, a doença cerebrovascular foi responsável por mais óbitos do que a doença coronária, provavelmente devido à alta prevalência de hipertensão arterial, mas com tendência declinante durante as décadas de 1980 e 1990 (LOTUFO, 2000). Posteriormente, esse perfil epidemiológico sofreu uma mudança, tendo a doença arterial coronariana (DAC) como a principal causa de morte. (RODRIGUES-ROCA *et al*, 2013). No Brasil, a mortalidade por DCV na população entre 45 a 64 anos é elevada comparada aos países desenvolvidos, especialmente entre as mulheres (LOTUFO, 1998).

Os fatores de risco predisponentes às DCV são tradicionalmente identificados como de natureza biológica, como é o caso da quantidade de gordura corporal, do perfil lipídico-lipoprotéico plasmático e dos níveis de pressão arterial. No entanto, torna-se prudente analisar não apenas os fatores de risco biológicos de forma isolada, mas também aqueles de natureza comportamental, como são os casos da prática de atividade física, dos hábitos alimentares e o tabagismo (GIDDING, 1999).

Segundo Lim *et al* (2012), a inatividade física e a dieta inadequada correspondiam, em 2010 a 10% das perdas globais de anos de vida ajustados por incapacidade, que é a soma dos anos perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidades, ajustados ao peso de sua severidade. A hipertensão arterial foi responsável por perda de 7,0% e o tabagismo, por 6,3%.

As dislipidemias são os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da aterosclerose e de suas complicações (FARIA; DALPINO e TAKATA, 2008). A classificação laboratorial das dislipidemias sofreu modificações, e os valores referenciais e os alvos terapêuticos foram determinados de acordo com o

risco cardiovascular individual e com o estado alimentar, segundo à atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017). As dislipidemias podem ser classificadas de acordo com a fração lipídica alterada em hipercolesterolemia isolada (LDL-c \geq 160 mg/dL), hipertrigliceridemia isolada (TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum), hiperlipidemia mista (LDL-c \geq 160 mg/dL e TG \geq 150 mg/dL ou \geq 175 mg/dL, se a amostra for obtida sem jejum) e HDL-c baixo (homens $<$ 40 mg/dL e mulheres $<$ 50 mg/dL) isolada ou em associação ao aumento de LDL-c ou de TG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2017).

Dentre os diversos algoritmos existentes, essa atualização recomenda a utilização do Escore de Risco Global, que estima o risco de infarto do miocárdio, AVC, ou insuficiência cardíaca, fatais ou não fatais, ou insuficiência vascular periférica em 10 anos. Recomenda as seguintes metas terapêuticas: LDL-c $<$ 130 nos pacientes de baixo risco, LDL-c $<$ 100 nos pacientes de risco intermediário, LDL-c $<$ 70 nos pacientes de alto risco e LDL-c $<$ 50 nos pacientes de muito alto risco. Sposito *et al* (2007) afirmam que os níveis de LDL-C apresentam correlação direta com o risco de ocorrência de eventos cardiovasculares.

Níveis de LDL-C maiores de 100 mg/dL parecem estar relacionados com maior risco do desenvolvimento de eventos ateroscleróticos, níveis menores de 100 mg/dL foram considerados alvo terapêutico para a maioria dos indivíduos com risco cardiovascular elevado, não significando que tais níveis os isentem deste risco. Atualmente, o alvo terapêutico para pacientes de alto risco é de LDL-c $<$ 70, como citado anteriormente. Sendo as doenças cardiovasculares ateroscleróticas de etiologia multifatorial, a presença de outros fatores de risco (por exemplo, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, obesidade, diabetes mellitus, história familiar, etc.) são considerados tão importantes quanto os níveis de colesterol total ou de LDL-C, de maneira que, de acordo com a agregação desses fatores de risco, níveis diferentes de LDL-C são desejados como meta para tratamento (LEBENTHAL *et al*, 2010).

Estudos epidemiológicos associam a composição da dieta aos principais fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose e que o consumo de dietas inadequadas, associadas a inatividade física, está entre os dez principais fatores determinantes de mortalidade precoce da população (MARIANI; SPERETTA, 2011).

A principal tática terapêutica para o tratamento das dislipidemias após a exclusão de fatores secundários fundamenta-se em alterações do hábito de vida, a ampliação do exercício físico regular, a otimização do padrão nutricional e a conservação do peso ideal (FARIA; DALPINO e TAKATA, 2008).

De acordo com Keley; Keley (2007) e Ciolac; Guimarães (2004), citados por Ribeiro *et al*, o exercício físico pode ajudar na prevenção e no controle das dislipidemias, pois aumenta a capacidade do tecido muscular de consumir ácidos graxos e da atividade da enzima lipase lipoprotéica no músculo, aumentando os níveis de HDL-c e diminuindo os níveis de Triglicerídeos (TG), de colesterol LDL (LDL-c) e de colesterol VLDL (VLDL-c).

Segundo Sposito et al (2007) e Faludi et al (2017), citados no Protocolo Clínico de Dislipidemias e Diretrizes Terapêuticas (CONITEC, 2019), exercícios físicos são eficazes principalmente como coadjuvantes da dieta no tratamento da dislipidemia associada à obesidade. Devem ser adotados com frequência de 3-6 vezes/semana e prescrição média de 150 minutos/semana de exercícios leves a moderados. Atividades aeróbicas, exercícios contra resistência e de flexibilidade estão indicados.

Um modo de vida inativo é porta de entrada para que se instale e evolua uma série de descontroles metabólicos e vasculares, notadamente aterosclerose, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Assim, ressalta-se a expectativa de que a atividade física despendida de forma regular reduz as chances e os riscos de desenvolver algum destes problemas de saúde, observando em parte melhora no controle do peso corporal (BARBOSA, 2012).

A terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias, sendo que o plano alimentar deve contemplar questões culturais, regionais, sociais e econômicas, devendo ser agradável ao paladar e visualmente atraente. A dieta deve incluir redução das gorduras saturadas, redução do colesterol alimentar, redução dos carboidratos simples, aumento das fibras dietéticas, aumento de antioxidantes e busca pelo peso ideal para reduzir os efeitos da lipogênese no quadro dislipêmico (SOUZA *et al*, 2003).

Sabemos que existem diferentes causas que desenvolvem a dislipidemia, como aspectos bioquímicos, genéticos, fatores fisiológicos, ambientais e psicológicos. A manutenção estável do peso e composição corporal resulta num balanço preciso entre ingestão e gasto energético. Um desequilíbrio entre essa

relação acaba desencadeando o processo de dislipidemia. Sendo assim, a inatividade física e os distúrbios alimentares são, sem dúvida hoje, os principais fatores predisponentes a dislipidemia (MANTOANELLI et al, 1997).

Além do plano não medicamentoso, se pode tratar a hipercolesterolemia com medicamentos. Há evidências de que estatinas podem prevenir um segundo ou terceiro ataque cardíaco para quem já teve um infarto do miocárdio. No entanto, para a população em geral, elas têm um impacto muito pequeno contra os riscos cardiovasculares, possivelmente nenhum (SIMÃO et al, 2013). Apesar de bem tolerada pela maioria dos pacientes, a estatina está relacionada à ocorrência de efeitos tóxicos musculares, os quais podem ser leves ou graves, variando desde a mialgia à rabdomiólise, e atingir 5 a 10% dos pacientes (THOMPSON; CLARKSON; KARAS, 2003).

A primeira tentativa em vencer a visão unifatorial do risco da DCV aterosclerótica aconteceu na Nova Zelândia, em 1993. Mas o principal avanço na utilização conjunta de fatores de risco veio em 1998, com a publicação de um artigo escrito pela equipe do *Framingham Heart Study*. Com isso, passou a ser possível estimar o risco absoluto de desenvolvimento de doença coronariana, para o período de uma década de vida, dados o sexo e a faixa etária, a pressão arterial sistólica, o colesterol total, a fração HDL-colesterol, o diagnóstico de diabetes e o conhecimento sobre o tabagismo (LOTUFO, 2008).

Recentemente, quatro novas diretrizes sobre dislipidemia e prevenção da aterosclerose foram divulgadas. Em outubro de 2013, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a “V Diretriz sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose”. Um mês depois, o *American College of Cardiology* e a *American Heart Association* publicaram o *Guideline on the assessment of cardiovascular risk*. Em setembro de 2014, na Inglaterra, o *National Institute for Health and Care Excellence* publicou uma atualização sobre a modificação dos lipídeos séricos com o propósito de prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. Finalmente, em 2017, a Sociedade Brasileira de Cardiologia publicou a atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.

A criação de um programa para redução e/ou combate à hipercolesterolemia poderia reduzir os números de mortalidade, a exemplo daqueles criados em países como os Estados Unidos, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Austrália e Japão, que conseguiram reduzi-la expressivamente através da identificação de fatores de risco

de maior prevalência populacional (SOARES et al, 2013). Considerando a realidade epidemiológica no Brasil, que apresenta índices similares aos mundiais de mortes por doenças cardiovasculares e causas relacionadas, foi elaborado o “Programa de Prevenção Cardiovascular” pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com o objetivo de modificar esta realidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações tiveram como consequência maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares, tornando-as “primeira causa de morte no mundo” (LESSA, 2004), acarretando um peso econômico muito alto para os países, onde doenças como hipertensão, diabetes e obesidade representam custos crescentes e preocupantes para a sociedade, famílias e indivíduos. Esses fatores de risco para doenças cardiovasculares quase sempre estão relacionados a aspectos comportamentais, do modo com que as pessoas vivem. Mudar isso significa fazer com que as pessoas conheçam a sua real situação de saúde e compreendam a necessidade de modificarem seus hábitos de vida. Para tanto, devem ser utilizados todos os meios e as condições que as mesmas possuem o que demanda tempo e habilidades dos profissionais de saúde, na inserção e utilização dos métodos em educação para a saúde e rotina da assistência prestada a indivíduos e comunidade (CARNELOSSO et al, 2010).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste trabalho 25 pessoas, dentre elas 6 (24%) do sexo masculino e 19 (76%) do sexo feminino. Um estudo realizado por Ribeiro et al (2003) corroborou uma predominância de hipercolesterolemia no gênero feminino (63,6%). Em 1998 foi conduzido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia um estudo de avaliação das taxas de colesterol total em nove capitais brasileiras com 8.045 indivíduos. Como resultado, observaram que 38% dos homens e 42% das mulheres possuíam colesterol total acima de 200mg/dL e, comparativamente, os valores do colesterol total foram mais altos no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007, p. 02).

Outro estudo de maior impacto, realizado por Moriguchi e Vieira (2006), demonstrou que, segundo estudos de Framingham, a hipercolesterolemia nos idosos é mais prevalente em mulheres do que em homens sendo mais frequente em idades compreendidas entre 65-74 anos, fato que corrobora com os achados deste estudo. Além disso, outro fato a ser considerado é a maior utilização do sistema público de saúde por parte das mulheres e, portanto, representar um maior número de diagnóstico da patologia em questão.

Em relação à escolaridade, 12 pessoas (48%) cursaram até o ensino fundamental, 8 pessoas (32%) até o ensino médio, 4 pessoas (16%) o ensino superior e 1 pessoa (4%) afirmou ser pós-graduada. Portanto, neste estudo, observou-se um predomínio do agravo em pessoas com menor escolaridade. Um estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) não encontrou relação entre escolaridade e níveis elevados de colesterol. No Brasil, raros são os estudos que determinam de maneira expressiva o perfil destes pacientes. Contudo, não se pode menosprezar o fato de que este resultado possivelmente tenha relação com a dificuldade de assimilação das orientações por parte de alguns pacientes.

Quanto a renda mensal, 16 pessoas (64%) afirmaram receber até 1 salário mínimo, 9 pessoas (36%) entre 2 e 5 salários e nenhuma mais de 5 salários mínimos. O mesmo estudo mencionado anteriormente, realizado por Ribeiro et al (2008), também descartou a relação da renda mensal com a hipercolesterolemia, assim como não encontrou relação com ingestão de bebidas alcoólicas, jornada laboral e o hábito de fumar. No entanto, acredita-se que o menor poder aquisitivo contribua para a dificuldade em manter uma dieta saudável e equilibrada.

No que diz respeito às orientações nutricionais propostas, 18 pessoas (72%) afirmam ter realizado o seguimento das mesmas e 7 pessoas (28%), afirmam não ter cumprido as orientações nutricionais. Esse número de pessoas que não cumpriram as propostas foi considerado alto. Após responderem os questionários, os pacientes que não seguiram as orientações foram indagados sobre o motivo de tal conduta. Alguns responderam que não acreditavam que a dieta reduziria seus níveis séricos de colesterol e atribuíam o fato ao uso de medicação antilipêmica e, outros, afirmaram a dificuldade em mudar sua dieta e substituir os alimentos que costumam comer diariamente. Foram então reforçadas as orientações pertinentes a cada caso. Este resultado enfatiza a necessidade da promoção da educação em saúde relacionada ao tema.

Em relação ao dia de realização de atividades práticas alimentares, compareceram 16 mulheres (64%) e 2 homens (8%). A maioria dos que compareceram, junto com alguns de seus familiares, participaram ativamente na elaboração dos pratos e se mostraram entusiasmados com as descobertas. Os participantes receberam orientação sobre como preparar os alimentos com baixo teor de gordura, e colocaram em prática, seguindo todos os passos do preparo. Na sequência houve a degustação. Os pratos escolhidos foram feitos com ingredientes que fazem parte do consumo diário da maioria dos pacientes, dentre eles: batata frita sem fritar, ovo pochê, pasta de abacate, farofa com farelo de aveia, peixe/frango crocante sem óleo, feijão light e pipoca salgada sem gordura. Foi entregue a cada participante uma cópia das receitas.

A princípio, os participantes apresentaram certa resistência em aceitar o preparo dos alimentos com pouca gordura, mas na hora da degustação dos pratos, a aceitação foi grande, sendo que se mostraram satisfeitos e surpresos com os resultados. Também houve a troca de experiências entre eles e foram esclarecidas dúvidas, pois se observou no momento da explicação que a maioria desconhecia o tema.

Uma dieta saudável em qualidade e quantidade é a base da prevenção da dislipidemia, com exceção dos casos de dislipidemias de caráter genético, que necessitam de abordagem específica. A alimentação deve ser a mais variada possível, equilibrada em quantidades de proteínas, carboidratos e gorduras. Devem ser preferidas as gorduras de origem vegetal naturais, monoinsaturadas ou poli-insaturadas (óleos vegetais e amêndoas); frituras, alimentos industrializados ricos em gorduras trans e gorduras visíveis das carnes ou pele de aves devem ser evitados. Deve-se ainda estimular a ingestão de alimentos ricos em fibras insolúveis (frutas, verduras, legumes e

cereais integrais) e solúveis (leguminosas, frutas ricas em pectina e cereais integrais). Para facilitar a orientação populacional, sugerem-se utilizar, sempre que possível, cereais integrais e ao menos cinco porções diárias de frutas ou verduras (JELLINGER *et al.*, 2012, p. 56).

Referente a prática de atividade física, um dado alarmante, apenas 6 pessoas (24%) afirmaram ter seguido corretamente o plano de atividade física proposto e 19 pessoas (76%) não o seguiram. A atividade física proposta foi a de realizar caminhada de 30 minutos, 5 vezes na semana, em horário e lugar que fossem mais acessíveis ao paciente, pois havia discordância quanto a escolha destes. No momento da consulta, foram explicados quais seriam os benefícios da atividade física e a importância de esta ser realizada em horários regulares e de maneira constante. Quando os participantes foram indagados sobre os resultados (individualmente), obteve-se a resposta que, para muitos, o fator determinante na redução dos níveis de colesterol é o uso da medicação e não as medidas não farmacológicas. Muitos também afirmaram dificuldade em iniciar uma rotina de atividade física. Entende-se que prática de atividade física regular, partindo de uma vida sedentária é muito difícil. Esta mudança de hábito deve ser gradual, pois do contrário, pode se tornar um algo desprazeroso. Acredita-se também que o pouco tempo para a realização do estudo tenha contribuído para este resultado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010) o sedentarismo destaca-se entre os maiores fatores de risco na mortalidade global. A prática regular de exercícios físicos aeróbios é associada a decréscimo da morbidade e mortalidade cardiovascular, comprovadamente reduzindo o risco de evento coronariano fatal e não fatal em indivíduos aparentemente saudáveis, com escore de risco coronariano elevado e também em cardiopatas (PERK *et al.*, 2012).

A explicação para os desfechos clínicos favoráveis proporcionados pelo exercício se dá principalmente pelas modificações funcionais, ocorrendo aprimoramento do funcionamento da HDL e da LDL, com aumento da resistência à oxidação da LDL, indução da produção de paraoxonase, modificações da HDL2 e HDL3, e aumento do efluxo de colesterol (CASELLA-FILHO *et al.*, 2011). Entretanto, apesar do exercício proporcionar desfechos clínicos altamente favoráveis, a elevação de HDL-c e as quedas de CT, LDL-c e TG decorrentes de sua ação são modestas, conforme demonstrado em metanálise, pouco contribuindo para a

obtenção das rigorosas metas terapêuticas atualmente propostas (LEON; SANCHEZ, 2001).

Quanto a realização das consultas, na primeira, onde foram solicitados os exames iniciais e foi feita elucidação sobre o tema, os pacientes se demonstraram interessados em aprender sobre as mudanças no estilo de vida e estimulados com a proposta. Já na segunda consulta, no momento de responderem o questionário, alguns dos participantes disseram que tinham interesse sobre o plano proposto e seus benefícios, mas que não o realizaram conforme orientado por falta de tempo e/ou de planejamento. Neste momento, foram reforçados os benefícios proporcionados pela mudança no estilo de vida e os pacientes foram novamente encorajados a iniciar o processo, contando com o apoio necessário por parte da equipe.

Fica evidente neste estudo a tendência atual de muitos pacientes em assumirem a terapia medicamentosa como única ou principal forma terapêutica. Lamentavelmente muitos deles ignoram ou menosprezam as orientações de mudanças no estilo de vida.

De acordo com Faria, Dalpino e Takata (2008), uma das dificuldades para o tratamento adequado das dislipidemias por parte dos pacientes é que a patologia se apresenta de forma silenciosa e que seu desenvolvimento depende do ritmo e estilo de vida que a pessoa leva. Sendo a educação em saúde, uma boa opção nas ações de prevenção ao agravo.

Os resultados da pesquisa também mostraram que 16 pessoas (64%) se mostraram satisfeitas com os resultados gerados pelas mudanças no estilo de vida e que 9 pessoas (36%) mostraram opinião contrária. Acredita-se que a satisfação da maioria se deva a conscientização do problema que sofrem, ao incentivo e orientação à prática de exercícios e as orientações nutricionais que receberam. As pessoas contrárias, possivelmente estejam no grupo que não realizou de maneira correta as orientações. Percebe-se a importância da prática educativa executada por profissionais de saúde, com o intuito de recuperar, manter e/ou promover a saúde de seus pacientes.

Nota-se também que não se deve tratar o dislipidêmico como se fosse um mero espectador da relação de cuidado, ao contrário, deve-se levar e valorizar seu papel de coprodutor do cuidado, estimulando a autonomia dele sobre a sua saúde.

Após a realização do estudo, 17 pacientes (68%) relataram ter observado algum tipo de melhoria em sua saúde e 8 pessoas (32%) relataram não terem observado melhorias, isso se mostra evidentemente proporcional ao cumprimento ou não das orientações propostas. Já são conhecidos os benefícios proporcionados pela prática de atividade física regular e uma dieta balanceada, sendo esses benefícios notados pela maioria dos pacientes investigados.

Por último, quando analisados os lipidogramas de controle, realizados após a intervenção proposta, 3 pessoas (12%) apresentaram uma redução significativa (maior ou igual a 60 mg/dL), 4 pessoas (16%) apresentaram uma discreta redução (menor a 60 mg/dL) e 18 pessoas (72%) não apresentaram redução ou inclusive apresentaram valores maiores de LDL-c. Os dados encontrados podem ser explicados por vários fatores: descumprimento das propostas, pouco tempo para a realização da intervenção, nível de instrução, fatores econômicos.

Contudo, ainda que não sejam expressivas as quedas dos valores laboratoriais, observou-se um impacto positivo na saúde dos investigados, sendo que a maioria afirmou estar satisfeita e ter a percepção de melhora na sua saúde. Fica também explícita a necessidade da educação em saúde para o manejo deste tema.

Os pontos positivos desta pesquisa apontam que, apesar de nem todas as pessoas cumprirem com as atividades propostas, se pôde informar melhor e esclarecer dúvidas sobre o tema, causando melhoria na saúde de alguns desses pacientes, mostrando que sim, é possível serem alcançadas mudanças na saúde com a medicina preventiva quando realizada de maneira adequada.

Quanto aos pontos negativos, se observou que houve maior dificuldade por parte dos homens em aderir ao plano proposto. Houve também a falta de participação em algumas atividades, principalmente na atividade física, mostrando que se deve incentivar mais a realização desta prática.

Todos os esforços e tentativas da equipe de saúde para ajudar a população são válidos, sendo que, através da observação dos resultados, poderá elaborar novas estratégias na tentativa de envolver a população, despertar interesse e maior comprometimento por parte desta. Pode ser planejado futuramente que, pacientes com hipercolesterolemia participem do grupo de atividade física já existente, que seja criado um grupo de apoio aos hipercolesterolêmicos, e que a equipe busque expandir informações sobre esses grupos, promovendo educação em saúde

relacionada ao tema, com acompanhamento periódico para obtenção de melhores resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do trabalho foi elaborar um plano de intervenção não medicamentoso para diminuir a prevalência de hipercolesterolemia nos usuários da UBS Vila Rubim – Estação, sensibilizar a população quanto a importância de se combater a hipercolesterolemia, incentivar mudanças de hábitos de vida, incentivar a prática de exercícios e reduzir os níveis plasmáticos de colesterol dos participantes.

Ao final do estudo, observou-se uma predominância da patologia sobre o sexo feminino, em pessoas de baixa escolaridade e de baixa renda familiar. Portanto, este parece ser o perfil que apresenta maior vulnerabilidade para a doença e merece um olhar mais atento por parte dos profissionais de saúde.

A grande maioria (72%) das pessoas afirmou ter seguido as orientações nutricionais recebidas, o que mostra que esse elevado número de enfermos tem relação direta com a falta de informação e instrução. É preciso que os profissionais disponham de tempo e mostrem-se interessados em fornecer as informações necessárias a seus pacientes. Por outro lado, apenas 24% das pessoas afirmaram ter seguido as orientações relacionadas a prática de atividade física regular. Isso sugere que, muitos deles, ainda adotam a terapia farmacológica como única ou principal terapia no combate a hipercolesterolemia e assumem uma postura relativamente passiva em relação a seu tratamento. Reitera-se a necessidade da promoção da educação em saúde, sendo esta uma arma fundamental na prevenção e/ou combate das doenças crônicas não transmissíveis.

Devem ser estimulados o aperfeiçoamento dos profissionais, as atividades em grupo, a realização de palestras, reuniões entre profissionais, disponibilização de cartilhas educativas e estimular a autonomia e responsabilidade dos pacientes sobre o tratamento. À exemplo de países desenvolvidos espera-se que sejam criados programas de redução e combate da hipercolesterolemia, prevenindo assim as doenças cardiovasculares e as mortes causadas por elas.

A maioria dos participantes (64%) se mostrou satisfeita com as mudanças no estilo de vida propostas e 68% deles observou algum tipo de melhora em sua saúde após o plano de intervenção. Isso corrobora os benefícios proporcionados por uma dieta equilibrada e à prática de atividade física.

No entanto, em relação a queda dos níveis plasmáticos de colesterol – LDL, não foi observado um resultado expressivo. Apenas 12% dos pacientes apresentou uma queda significativa e 16% apresentou uma discreta redução. Acredita-se que os resultados obtidos sejam atribuídos, principalmente, pelo curto período de tempo em que foi implantado e finalizado o estudo.

Espera-se que a intervenção, ainda que por um período curto de tempo e número reduzido de pessoas, tenha contribuído para alertar profissionais e gestores sobre a relevância do tema, além de conscientizar a população sobre a importância das mudanças no estilo de vida nos portadores de hipercolesterolemia. Acredita-se que a diminuição deste agravo proporcione uma diminuição de gastos e recursos voltados para as consequências da doença (morbimortalidade relacionada a doenças cardiovasculares), que traga um impacto positivo na rotina da equipe e na saúde dos participantes, além de conscientizar as demais pessoas que tenham acesso ao estudo. Acredita-se também que o trabalho venha a somar com os trabalhos já realizados em nível nacional.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Considera-se necessária a continuidade do estudo, com um número maior de pessoas e maior longitudinalidade. Recomenda-se ainda a realização de outros estudos, de maior abrangência, com número maior de participantes, em diferentes localidades e possivelmente com outras formas de abordagem sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R. M. Resenha do livro "Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo", de Markus Vinicius Nahas. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v. 34, n. 2, p. 15-19, abr-jun, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v34n2/a18v34n2.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1073-1080, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/014.pdf>. Acesso em: 26 maio 2019.
- CASELLA-FILHO, A. et al. Effect of exercise training on plasma levels and functional properties of high-density lipoprotein cholesterol in the metabolic syndrome. **Am J Cardiol.**, v. 107, n. 8, p. 1168-72, abr. 2011.
- CIOLAC, F. M. G.; GUIMARÃES, E. G. Exercício físico e síndrome metabólica. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 4, p. 319- 324, jul/ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n4/22048.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.
- COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA NO SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília, 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Dislipidemia_CP04_2019.pdf >Acesso em: 07 maio 2019.
- FARIA, E. C. de; DALPINO, E. F. B.; TAKATA. Lipídeos e lipoproteínas séricos em crianças e adolescentes de um hospital universitário público. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-58, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n1/a09v26n1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.
- GIDDING, S. S. Preventive pediatric cardiology: tobacco, cholesterol, obesity, and physical activity. **Pediatric clinics of North America**, v.46, n. 2, p. 253-262, apr. 1999. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395505701164?via%3Dihub> >. Acesso em: 10 jun. 2019.
- IGLESIAS, C. M. F. et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao cliente portador de infarto agudo do miocárdio. **Rev Pesqui Cuid Fundam.**, 2(Suppl.):974-7,out/dez, 2010.
- JELLINGER, P. S. et al. AACE Task Force for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis. **Endocr. pract.**, v. 18, n. 2, p. 270-293, march 2012.
- KANNEL, W. B.; BRAND, N.; MCNAMARA, P. M. The relation of adiposity to blood pressure and development of hypertension. **The Framingham study**. Ann Int Med 1967; 67. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> >. Acesso em: 04 ago. 2019.

KELLEY, G. A.; KELLEY, K. S. Effects of Aerobic Exercise on Lipids and Lipoproteins in Adults with Type 2 Diabetes: a meta-analysis of randomized-controlled trials. **Public Health**, v. 121, n. 9, p. 643-655, 2007.

LEBENTHAL, Y. et al. Are treatment targets for hypercholesterolemia evidence based? Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials 1. **Arch Dis Child**, v. 95, n. 9, p. 673-680, sep. 2010.

LEON, A. S.; SANCHEZ, O. A. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 33, suppl. 6, p. 502-515, jun. 2001.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n.4, p. 931-946, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a14v9n4.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2019.

LIM, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859: p. 2224-2260, dec. 2012.

LOTUFO, P. A. Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. **Rev Bras Hipertens.**, v. 4, p. 387-391, 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/014.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para as doenças cardiovasculares. **Rev Med.**, São Paulo, v. 87, n. 4, p. 232-237, out.-dez. 2008.

LOTUFO, P. A. Premature mortality from heart diseases in Brazil: a comparison with other countries. **Arq Bras Cardiol.**, v. 70, n. 5, p. 321-325, 1998.

MANTOANELLI, G. et al. Educação nutricional: uma resposta ao problema da obesidade em adolescentes. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.**, São Paulo, v. 7, n.2, p. 85-93, 1997. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38568>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

MARIANI, T. A; SPERETTA, G. F. F. Nutrição e exercício físico na prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo; v. 27, n. 05, p.133-144, maio-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/226>>. Acesso em: 25/07/2019.

MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Rev Bras Ciencia Movimento**, v. 6, n. 4, p. 19-30, 1992. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/225/384>>. Acesso em: 02 abr. ano 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: OMS, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?s> Acesso em: 07 maio 2019.

PERK J, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). **Eur. Heart J.**, v. 33, n. 13, p. 1635-1701, may 2012.

RIBEIRO, M. et al. Relação entre a prática da atividade física e os níveis de concentrações séricas do colesterol total em jovens do ensino superior. **Arq. Bras. Cardiol.**, p. 22-27, 2003.

RIBEIRO, T. et al. **Fatores associados à dislipidemia na pós-menopausa**, v.30, n.12, p. 594-601, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n12/a02v3012.pdf>>. Acesso em 30 jul. 2019.

RODRIGUES-ROCA, G. C. et al. Perfil lipídico en pacientes ingresados por síndrome coronário agudo en España: datos del area sanitaria de Toledo entre los años 2005 y 2008. **SEMERGEN – MEDICINA DE FAMILIA**. v. 39, n. 6, p. 298-303, 2013.

SCHMIDT, MI. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SIMÃO, A. F. et al. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 101, n. 6, supl. 2, dez. 2013. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiovascular.pdf>. Acesso em: 01 jun. ano 2019).

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico da função cardiovascular. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.**, 10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p 682-700, 2009.

SOARES, G. P. et al. Evolução de indicadores socioeconômicos e da mortalidade cardiovascular em três Estados do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n. 2, p. 147-56, 2013. Disponível em: <<https://socerj.org.br/evolucao-de-indicadores-socioeconomicos-e-da-mortalidade-cardiovascular-em-tres-estados-do-brasil/>>. Acesso em: 14 abril 2019).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA – Carta do Rio de Janeiro – II Brasil Prevent/I America Latina Prevent. Jadelson Andrade, Donna Arnett, Fauso Pinto, Daniel Pinero, Sidney Smith e col. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 100, n. 1, p. 3-5, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemia e prevenção de aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 88, supl. 1, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88s1/01.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. **Arq. Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 109, n.1, p. 1-76, ago. 2017. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIA_S.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2019).

SOUZA, L. J. et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campo, Rio de Janeiro, **Arq. Bras. Endocino Metab.**, v. 47, n. 6, p. 669-676, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v47n6/a08v47n6.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SPOSITO, A. C. et al. IV Brazilian Guideline for Dyslipidemia and Atherosclerosis prevention: Department of Atherosclerosis of Brazilian Society of Cardiology. **Arq Bras Cardiol.**, v. 88, supl. 1, p. 2-19, apr. 2007.

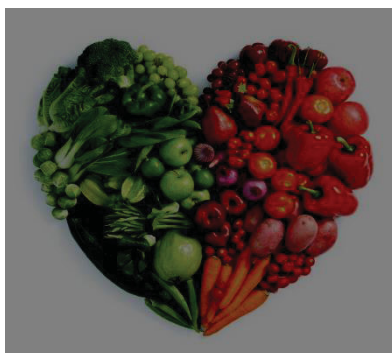
THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

THOMPSON, P. D.; CLARKSON, P.; KARAS, R. H. Statin-associated myopathy. **JAMA**, v. 289, n. 13, p. 1681-190, 2003.

- [illegible]

APÊNDICE 2 – ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA REDUÇÃO DO COLESTEROL



O Colesterol é um elemento do grupo das gorduras presentes em nosso organismo. É essencial para a vida, visto que é utilizado na produção de hormônios, ácidos biliares e membranas celulares. O nosso organismo sintetiza 70% do colesterol, onde apenas 30% devem provir da alimentação. Em excesso, pode acumular-se nas paredes dos vasos sanguíneos, causando problemas cardiovasculares.

O excesso de colesterol, na maioria das vezes, se dá por uma alimentação desequilibrada, rica em gorduras saturadas, *trans* e colesterol, além da ausência de atividades físicas. Por isso são necessárias modificações alimentares e de estilo de vida.

EXISTEM 2 TIPOS DE COLESTEROL:

HDL: Fração Boa. É uma lipoproteína de alta densidade que ajuda a retirar a gordura das paredes das artérias, reduzindo os riscos de doenças cardiovasculares, e assim, sendo considerado o bom colesterol.

LDL: Fração Ruim. É uma lipoproteína de baixa densidade, sendo responsável pelo depósito de gordura nas paredes das artérias, portanto, é o mau colesterol.

PARA MELHORAR O PERFIL LIPÍDICO É NECESSÁRIO DIMINUIR O LDL E AUMENTAR O HDL

Preste atenção nestas dicas sobre nutrição para buscar este equilíbrio:

□ Alimentos ricos em colesterol são alimentos de origem animal e ricos em gordura, por isso devem ser evitados: carne de porco, carne vermelha rica em gordura, salame, mortadela, presunto, lingüiça, salsicha, bacon, banha de porco, fígado, miúdos, creme de leite, manteiga, queijos amarelos, leite e derivados integrais.

□ **Consuma** leite e iogurte desnatados, queijos magros, como queijo branco (minas), ricota, cottage. **Lembre-se!** Quanto mais amarelo for o queijo, maior será o conteúdo de gordura!

□ Dê preferência para as carnes brancas (frango e peixe), pois são mais magras. Sempre retire a pele do frango antes do preparo.

AUMENTE O CONSUMO SEMANAL DE PEIXE

□ **Consuma** verduras e legumes diariamente no almoço e jantar, principalmente na forma de saladas. Estes alimentos são ricos em fibras, **que auxiliam na redução do colesterol.**

LEMBRE-SE QUE METADE DO PRATO DEVE SER PREENCHIDA POR LEGUMES E VERDURAS!



□ As frutas também devem ser consumidas com casca e com bagaço, principalmente maçã, laranja, tangerina, goiaba, pêssego, nectarina, pêra e ameixa.

INCLUA SEMPRE NO ALMOÇO E JANTAR UMA PORÇÃO DE LEGUMINOSAS

□ (feijão, ervilha, lentilha, grão-de-bico, soja). Estes alimentos também contêm fibras, que auxiliam na redução do colesterol.

□ **Procure consumir** 1 colher de sopa de semente de linhaça (triturada no liquidificador) diariamente, misturada entre as principais refeições (almoço e jantar). É uma ótima fonte de ácido graxo poliinsaturado (um tipo de gordura que ajuda a baixar o colesterol e previne doenças do coração).

AVEIA E SOJA: REDUZEM O COLESTEROL RUIM (LDL)

□ AVEIA: pode ser consumida com frutas, batida no leite desnatado ou misturada na massa de bolos, tortas e pães.

□ SOJA: pode ser consumida em substituição ao feijão, na forma de salada vinagrete. Pode-se misturar a PTS (proteína texturizada de soja) à carne moída magra (patinho, por exemplo).

□ Reduza o consumo de óleo. Evite frituras. Utilize azeite para temperar as saladas. Procure substituir manteiga e margarina comum por cremes vegetais enriquecidos com ácidos graxos poliinsaturados, livres de gordura vegetal hidrogenada (gordura "trans").

• Cuidado com os produtos industrializados ricos em gordura vegetal hidrogenada ("gordura trans"). Este tipo de gordura pode aumentar as chances para o desenvolvimento de doenças do coração.

E não se esqueça: realize atividade física e consulte seu médico regularmente

APÊNDICE 3

RECEITAS DE ALIMENTOS PREPARADOS COM BAIXO TEOR DE GORDURA

BATATA FRITA SEM FRITAR

Ingredientes:

- ❖ 1 kg de batata inglesa
- ❖ 1/2 copo de água
- ❖ 1/4 de copo de azeite de oliva
- ❖ 2 colheres de sopa de orégano
- ❖ 1/2 colher de sopa de sal

Modo de preparo:

1. Lave bem as batatas e cozinhe-as com casca, até que você consiga espetar um garfo sem rachá-las.
2. Deixe esfriar, e então descasque.
3. Corte em rodelas, palitos ou cubinhos (como preferir).
4. Bata no liquidificador os ingredientes (exceto a batata) até ficarem bem misturados.
5. Coloque este líquido em uma tigela.
6. Passe os pedaços de batatas neste líquido, retirando o excesso de preparo que vier junto com as batatas.
7. Coloque-os lado a lado em uma forma untada (não é preciso deixar espaço entre os pedaços, mas não coloque um em cima do outro) leve ao forno quente até dourar.

OVO POCHÉ

Ingredientes:

- ❖ 1 ovo
- ❖ 1 copo de 250 ml de vinagre
- ❖ 1 litro de água

Modo de preparo:

1. Quebre o ovo em um recipiente e reserve.
2. Numa panela, leve ao fogo a água com o vinagre e deixe ferver. Baixe o fogo, mexa a água até formar um "redemoinho" e coloque o ovo no meio.
3. Deixe cozinhar por 3 minutos, retire e resfrie na água fria se quiser uma gema bem mole.

4. Tempere com sal e pimenta e sirva a seguir.

GUACAMOLE (PASTA DE ABACATE)

Ingredientes:

- ❖ 1 abacate pequeno
- ❖ Suco de 1/2 limão
- ❖ ½ cebola roxa bem picadinha
- ❖ 1 tomate maduro sem as sementes e picado em cubinhos
- ❖ Pimenta dedo de moça, sem as sementes e bem picada a gosto
- ❖ Folhas de coentro picadas a gosto
- ❖ Sal

Modo de preparo:

1. Descasque o abacate e coloque em uma tigela. Amasse com um garfo até ficar cremoso.
2. Junte o suco de limão, a cebola, tomate e a pimenta. Misture bem e tempere com sal e o coentro a gosto.
3. Pode ser ingerida com salada, carnes e torradas.

FAROFA COM FARELO DE AVEIA

Ingredientes:

- ❖ 2 xícaras (chá) de farelo de aveia
- ❖ 3 colheres (sopa) de azeite
- ❖ 2 ovos
- ❖ 1 cebola picada
- ❖ 2 dentes de alho picados
- ❖ 2 colheres (sopa) uva passas
- ❖ 10 azeitonas picadas
- ❖ ½ xícara (chá) cenoura ralada
- ❖ Sal a gosto
- ❖ Pimenta do reino a gosto
- ❖ Ervas e tempero verde a gosto

Modo de preparo:

1. Misture o alho, a cebola e a cenoura e refogue com azeite.
 2. Bata o ovo e acrescente à mistura, mexendo sem parar.
 3. Adicione o farelo de aveia e mexa até dourar.
 4. Misture as azeitonas, as uvas passas e mexa.
 5. Tempere com sal, pimenta e ervas secas ou frescas picadinhas.
-

Dicas: Pode retirar algum dos complementos como cenoura, azeitona e passas ou acrescentar outros do seu gosto.

PEIXE CROCANTE SEM ÓLEO

Ingredientes:

- ❖ 500 gramas de filés de pescada branca
- ❖ 1 dente de alho socado
- ❖ 1/2 colher (sobremesa) rasa de sal
- ❖ Pimenta do reino a gosto
- ❖ Salsinha picada a gosto
- ❖ Farinha crocante para empanar

Modo de Preparo:

1. Tempere os filés com alho, sal, pimenta do reino e salsinha e deixar descansando por meia hora.
2. Regue os filés com um fiozinho de azeite e misture bem.
3. Empane os filés na farinha crocante e leve ao forno até ficar dourado.
4. Esta receita também pode ser preparada com peito de frango.

FEIJÃO LIGHT:

Ingredientes:

- ❖ 500g de feijão preto
- ❖ 3 dentes de alho
- ❖ 1 colher de chá de sal
- ❖ 2 folhas de louro
- ❖ 2 colheres de sopa de azeite
- ❖ 1 maço de coentro (opcional)
- ❖ Água

Modo de preparo:

1. Escolha o feijão para retirar pedrinhas e outras sujeiras. Lave bem em uma peneira e ponha na panela de pressão com água o suficiente para cobrir o feijão e passar mais uns três dedos.
2. Adicione as folhas de louro e leve para cozinhar. Comece com fogo alto e no meio do cozimento, quando a panela começar a fazer barulho, baixe o fogo.
3. Após 30 minutos, retire a panela do fogo, ponha na pia embaixo da torneira e deixe correr um fio de água fria sobre a tampa. Quando a panela esfriar um pouco e perder a pressão, abra-a com cuidado.

4. Descasque os dentes de alho e esprema-os com um socador ou espremedor de alho. Em uma frigideira, ponha o azeite para aquecer e coloque o alho espremido para dourar. Quando estiver douradinho, acrescente uma concha do feijão cozido por cima do alho e tempere com o sal.
5. Mexa tudo e prove para ver se o tempero está bom. Junte, então, essa concha de feijão já temperado à panela e mexa bem.
6. Acrescente as folhas do coentro, se quiser, e mexa novamente. Deixe cozinhar até que o caldo do feijão engrosse.

PIPOCA SALGADA

Ingredientes:

- ❖ 1/2 xícara (chá) de milho de pipoca
- ❖ 1/4 de de xícara (chá) de água
- ❖ Sal a gosto

Modo de preparo no micro-ondas:

1. Num recipiente próprio para micro-ondas, coloque o milho de pipoca, a água e sal a gosto e misture bem. Cubra com filme plástico e leve ao micro-ondas, em potência alta, por 11 minutos.
2. Retire o recipiente e o plástico filme com cuidado e sirva imediatamente.

Importante: Siga a quantidade exata de ingredientes.

Modo de Preparo na panela:

1. Esquente a panela vazia, sem o milho, de 3 à 5 minutos em fogo alto;
2. Coloque o milho na panela e abaixe o fogo para temperatura média;
3. Mexa bem a panela, de 1 em 1 minuto, para não correr risco de queimar (os milhos podem demorar um pouco para começar a estourar, mas depois que começam, a pipoca fica pronta rapidamente);